

**PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN SAN FÉLIX (CALDAS)
POSTERIOR A ESTABLECIMIENTO DEL ACUERDO PARA LA FINALIZACIÓN
DEL CONFLICTO ARMADO**

**CRISTIAN DAVID BRITO CARVAJAL
RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO DE PSIQUIATRÍA
PEREIRA - RISARALDA**

2018

**PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN SAN FÉLIX (CALDAS)
POSTERIOR A ESTABLECIMIENTO DEL ACUERDO PARA LA FINALIZACIÓN
DEL CONFLICTO ARMADO**

Trabajo presentado por:

CRISTIAN DAVID BRITO CARVAJAL

Para optar al título de:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

Asesor:

DR. JAIRO FRANCO LONDOÑO

Médico especialista en psiquiatría

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POSGRADO DE PSIQUIATRÍA

PEREIRA - RISARALDA

2018

NOTA DE ACEPTACIÓN

FIRMA DIRECTOR

FIRMA JURADO

FIRMA JURADO

Pereira, Noviembre 7 de 2018

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Jairo Franco Londoño, por su asesoría, por su apoyo durante todo el proceso de elaboración de este trabajo de grado y el posgrado.

A la E.S.E. Hospital Felipe Suárez de San Félix Caldas, por su apoyo en la recolección de la información y en el contacto con la población, especialmente al doctor Jorge Iván Duque por toda su ayuda en el proceso del trabajo de campo.

A mis profesores por todas sus enseñanzas, consejos y formación durante estos 3 años de posgrado, especialmente a Julio Cesar Gutiérrez, quien desde de mi internado ha estado ahí con sus enseñanzas y con su amistad.

A mis compañeros de residencia del posgrado de psiquiatría por su amistad y apoyo, especialmente a Sergio Andrés Ochoa, con quien este hermoso viaje llamado Psiquiatría empezó desde nuestro pregrado y aún continua.

Agradezco especialmente a mi familia por su apoyo, cariño en todo momento, por los sacrificios y por hacer parte de este proceso y ayudarme a cumplir mis metas.

TABLA DE CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	4
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
3	JUSTIFICACION.....	8
4	OBJETIVOS.....	10
4.1	OBJETIVO GENERAL	10
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
5	MARCO DE REFERENCIA	11
5.1	MARCO CONTEXTUAL.....	11
5.2	MARCO TEORICO-CONCEPTUAL	13
5.2.1	Depresión	13
5.2.2	Depresión y estrés.....	16
5.2.3	Depresión y conflicto armado	19
6	METODOLOGIA	26
6.1	DISEÑO DEL ESTUDIO.....	26
6.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	26
6.2.1	Población.....	26
6.2.2	Muestra.....	26
6.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	27
6.3.1	Criterios de Inclusión	27
6.3.2	Criterios de exclusión	27
6.4	VARIABLES	28
6.5	TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	32
6.6	INSTRUMENTOS.....	33
6.7	CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
7	RESULTADOS	36
7.1	ASPECTOS GENERALES.....	36

7.2	CARACTERIZACIÓN DE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	36
7.3	DESCRIPCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS	39
7.4	PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	45
7.5	ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS QUE MEJOR EXPLICAN LA PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN	47
8	DISCUSIÓN.....	49
9	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	53
10	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
	ANEXO 1: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	60
	ANEXO 3: APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA.....	63
	ANEXO 2: FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN	65
	ANEXO 3: FORMATO DE VERIFICACIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	66
	ANEXO 3: ESCALA DE ZUNG PARA DEPRESIÓN.....	67

1 INTRODUCCIÓN

Según la Encuesta Nacional De Salud Mental 2015, la génesis de los trastornos mentales está influenciada por una serie de factores individuales como la carga genética y el funcionamiento psíquico; otros como la pobreza, las comorbilidades médicas, el bajo nivel educativo, la historia de abuso, uso de sustancias psicoactivas, pertenecer a minorías y la exposición al conflicto armado (Gómez-Restrepo, Escudero, Matallana, González, & Rodríguez, 2015).

La depresión es una patología multifactorial que se explica por diversos factores (biológicos, psicológicos y sociales), pero no todos ellos están completamente estudiados. Como en otras patologías, el estrés crónico aparece como uno de los factores relacionados con la aparición de la depresión, inclusive en la literatura se plantea que la depresión podría ser una forma de respuesta adaptativa mal regulada como ante el estrés (Bolívar, 2008).

La encuesta previamente mencionada mostró una prevalencia durante toda la vida de 5,4% para cualquier trastorno depresivo en Colombia (Gómez-Restrepo et al., 2015), por lo que se eligió la población susceptible de desarrollar esta patología ya que ha sido estudiada previamente y algunos factores sociales que modifican este fenómeno han cambiado (principalmente la exposición al conflicto armado y el proceso de la implementación de los acuerdos de paz entre el gobierno y los grupos armados ilegales). Sin embargo, muchos de los otros factores continúan presentes.

De la identificación de síntomas depresivos en este estudio podrán plantearse otras investigaciones posteriores con miras a identificar específicamente los

factores asociados con la depresión en esta población, además planear y ejecutar políticas de salud pública para mejorar la salud mental del municipio.

La presente investigación es descriptiva de corte transversal. Este estudio se realizó para caracterizar a la población de San Félix, Caldas, y conocer la prevalencia de síntomas depresivos en este municipio un año y medio después de la firma de los acuerdos de paz entre el Gobierno colombiano y el grupo insurgente de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo (FARC-EP).

El proyecto se realizó calculando una muestra aleatoria del total de la población en el casco urbano del municipio, a quienes se les aplicó un instrumento para recolectar variantes sociodemográficas y la escala de Zung y Conde para medir la prevalencia de depresión. Esta investigación contó con aprobación ética y fue desarrollada en el marco de un trabajo de grado para optar al título de Especialista en Psiquiatría.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de la historia del corregimiento de San Félix, Caldas, se puede identificar un factor generador de estrés crónico: el conflicto armado interno, al que se ha visto expuesta la población colombiana desde ya hace más de 60 años, con una vulnerabilidad dependiente de la ubicación dentro del mismo territorio nacional, las dinámicas gubernamentales que hicieron frente a esta dinámica y los intereses económicos de las guerrillas.

Los resultados de la Encuesta Nacional De Salud Mental 2015 dicen que hay una prevalencia durante toda la vida de 5,4% de sufrir cualquier trastorno depresivo (Gómez-Restrepo et al., 2015). Es un dato que refleja la condición del país entero sin diferenciar el origen sino centrado en el desenlace clínico. En un estudio previo llevado a cabo en dos poblaciones del departamento de Caldas, se determinó la prevalencia de depresión, una expuesta directamente al conflicto armado (Corregimiento San Félix, Caldas) y otra no expuesta al conflicto armado (San José, Caldas), encontrando prevalencias de síntomas depresivos del 29,87% y del 23,2%, respectivamente (Franco, 2004).

Hay pocos estudios que evalúen el impacto del conflicto sobre los trastornos depresivos en la población no combatiente, especialmente en esta época, en la cual el desescalamiento del conflicto y la transición al periodo denominado como posconflicto, cambian la realidad común de poblaciones antes expuestas a la violencia generada por el mencionado enfrentamiento. La presente surge como respuesta a la necesidad de determinar la prevalencia de síntomas depresivos y depresión en una población de esta índole.

Se planteó como pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de síntomas depresivos en la población del corregimiento San Félix, Caldas, para el año 2018, posterior a la firma de Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la

Construcción de una Paz Estable y Duradera?

3 JUSTIFICACION

Se estima que en el mundo aproximadamente 1 millón de personas se suicidan anualmente a causa de la depresión, y que esta afecta a aproximadamente 350 millones de personas, lo cual hace que sea un serio problema de salud pública (Sánchez & Chacón, 2006). Múltiples factores pueden incidir en el desarrollo de depresión, entre los que la exposición a un conflicto armado podría tener un impacto de gran importancia (Gamboa, 2016; Morcillo-Méndez & Campos, 2012).

Este trabajo se realizó en un momento histórico para Colombia ya que, después de llevar más de medio siglo sosteniendo un conflicto armado interno entre gobierno y grupos insurgentes, se firmó el acuerdo denominado “Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera”, después de décadas de negociaciones, diferentes actores pero sin logros significativos en ocasiones previas.

Tal hecho continúa cambiando dinámicas gubernamentales, académicas, ejecutivas, económicas, culturales, entre muchas otras. Ha despertado interés tanto en entes territoriales como algunos internacionales por entender y caracterizar el comportamiento de la sociedad colombiana frente a este cambio. Ya se ha hablado anteriormente sobre la depresión y la ansiedad que se presenta después de diversas guerras y se hacía necesario empezar a evaluar la situación local.

La población del corregimiento de San Félix, en el departamento de Caldas, se vio expuesta al conflicto al igual que una gran extensión del territorio nacional, con la particularidad de tener un cese a las actividades ilícitas previo a otras regiones del

país. Estas características lo hacen idóneo para ampliar el conocimiento sobre este tema.

Con la socialización de los resultados del presente proyecto, se pudo brindar atención a quienes presentaron síntomas depresivos que constituían un trastorno en el momento de la aplicación del instrumento. Además, la información obtenida será un insumo de importancia en la elaboración de planes de salud para la población del estudio y en situaciones similares de pos conflicto.

Este trabajo no implicó mayores costos ni elevadas tecnologías, podría replicarse en comunidades propias del municipio caldense o de contextos similares, ya que se necesita solamente la voluntad del paciente y la coordinación del equipo de atención primaria y psiquiatría para obtener resultados útiles en sector salud de la política local.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de síntomas depresivos en la población del corregimiento de San Félix (Caldas) en el año 2018, posterior a la firma del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar socio demográficamente la población de estudio.
- Describir la prevalencia de síntomas y trastorno depresivo en la población de estudio.
- Estimar la prevalencia de síntomas depresivos según aspectos sociodemográficos.

5 MARCO DE REFERENCIA

5.1 MARCO CONTEXTUAL

El conflicto armado ha permeado e impactado negativamente la sociedad colombiana durante más de medio siglo, sustentado en un modelo de violencia política la cual se define como: la que es ejercida con el fin de mantener, modificar, sustituir o destruir un modelo de Estado o de sociedad, o también, para destruir o reprimir a un grupo humano por su afinidad social, política, gremial, racial, ideológica o cultural (Gómez-Restrepo et al., 2016).

Dicho modelo ha sido el motor de la violencia la cual se ha ejercido mediante el secuestro, terrorismo, sitiamiento (nombre común dado al cercamiento militarizado de la población por parte de grupos no gubernamentales), ataques directos a la población urbana y contactos armados entre los diversos actores del conflicto (Rojas & Salinas, 2016). Ha involucrado a todo el país causando 220.000 muertes entre los años de 1985 y 2012, con el 81,5% civiles y el 18,3% combatientes y 5,7 millones de personas desplazadas. Las cifras actualizadas al 1 de septiembre de 2018 se presentan en la página web de la Unidad de Víctimas del Gobierno Nacional de Colombia, con fuente original en la Red Nacional de Información, así (Red Nacional de Información, 2018b):

HECHO	PERSONAS
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	7.505
Acto terrorista/Atentados/Combates/ Hostigamientos	95.469
Amenaza	392.548
Confinamiento	14.781
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	26.374
Desaparición forzada	170.559
Desplazamiento	7.434.999
Homicidio	999.523
Lesiones Personales Fisicas	7.422
Lesiones Personales Psicologicas	431
Minas antipersonal/Munición sin explotar/Artefacto explosivo	11.452
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	113.788
Secuestro	36.753
Sin informacion	373
Tortura	10.798
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes	7.535

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el 2015 por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, entre el 10,4 y el 10,7% de la población adulta ha sufrido un trauma relacionado con crímenes comunes, el 7,9% con conflicto armado y un 6,1 y 7,7% con violencia doméstica. Los anteriores se configuran como factores que han incrementado otros fenómenos sociales asociados al conflicto como son el narcotráfico y la delincuencia común (Gómez-Restrepo et al., 2015). Sin embargo, este documento pretende describir la situación particular de un municipio del departamento de Caldas, donde la violencia derivada de la guerra interna marcó el trasegar histórico de este debido a factores sociodemográficos, geográficos y políticos (Bolívar, 2008).

San Félix, corregimiento de Salamina, Caldas, se encuentra sumergido en un área de bosque tropical al nororiente del departamento y con vías de acceso terrestre

restringidas hacia y desde las ciudades intermedias y capitales del eje cafetero (Bolívar, 2008). Se encuentra ubicado en la parte más alta de la cordillera central de Los Andes Colombianos, a 3000 metros sobre el nivel del mar. En una condición geográfica poco privilegiada, marginado de las instituciones del estado, facilitó que en el registro histórico del conflicto se encuentren hechos de sitiamiento, secuestros masivos, masacres, asesinatos selectivos, tomas guerrilleras y contactos armados entre los actores del conflicto (Sánchez & Chacón, 2006).

5.2 MARCO TEORICO-CONCEPTUAL

5.2.1 Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la depresión como un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, pérdida de interés o placer por las cosas, situaciones o actividades que antes lo producían.

Se considera que la depresión puede llegar a cronificarse o hacerse recurrente y, de esta manera, dificultar el desempeño laboral o escolar y la capacidad para afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede llevar al suicidio; esta forma grave debe ser tratada y requiere manejo con medicamentos y psicoterapia. Si es leve, se puede realizar tratamiento sin necesidad de medicamentos (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La depresión es considerada un problema de salud pública por su alta prevalencia, incidencia y morbilidad a nivel mundial (Moussavi et al., 2007). Según la OMS, la depresión es responsable en una gran proporción de los desenlaces adversos no fatales en salud y del 12% de la discapacidad por años de vida

laborales perdidos (Collins & Saxena, 2016). Respecto a ello, los mecanismos de enfermedad se han abordado desde lo genético, biológico, social y psicológico (Kendler, 2008).

Se calcula que afecta aproximadamente 350 millones de personas en todo el mundo. De los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor, al 47% se le realiza un diagnóstico clínico, el 24% recibe tratamiento. En el 9% de los casos el tratamiento es el adecuado y sólo en el 6% de los casos los síntomas remiten. Según datos de la OMS el suicidio representa casi 1 millón de vidas perdidas cada año, es decir, 3.000 muertes por suicidio por día en el mundo (Brites & Fernandes, 2015; Peacock, Scheiderer, & Kellermann, 2017; Wittenborn, Rahmandad, Rick, & Hosseinichimeh, 2016; Zhang, Wu, Zhao, Wang, & Fang, 2016).

La depresión puede evidenciarse desde una perspectiva social y otra psicológica y se caracteriza por síntomas psíquicos y físicos. Es un problema psicológico, ya que es la persona quien la sufre y padece los síntomas, y social porque solo en el contexto social es que esta experiencia cobra sentido. En los estudios se ha observado que la asociación entre los acontecimientos estresantes, las condiciones percibidas como negativas que se pueden presentar (personales y sociales) y el nivel de autoestima se asocian con un incremento significativo de depresión (National Institute of Mental Health, 2009; Wittenborn et al., 2016).

Se ha encontrado evidencia sobre cómo las adversidades en la infancia y en el ámbito social (Wiersma, 2015) son factores de riesgo para el desarrollo de trastorno depresivo mayor en el adulto joven (Harris et al., 2000) y cómo esto está relacionado con estados pro-inflamatorios crónicos secundarios a la liberación sostenida de cortisol (marcador de estrés fisiológico) (Adam et al., 2010) y llevar a desenlaces como mayor incidencia de enfermedades crónicas metabólicas y cardiovasculares, episodios depresivos mayores más frecuentes, discapacidad y ausencia laboral y muerte temprana (Jørgensen et al., 2016).

El diagnóstico de un episodio o un trastorno depresivo es principalmente clínico y se puede realizar mediante una entrevista semiestructurada. Existen síntomas que pueden orientar el diagnóstico tales como los sentimientos de tristeza, de desesperanza y/o pesimismo, de culpa, de inutilidad y/o impotencia. Además se puede presentar irritabilidad, inquietud, pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, fatiga y falta de energía, dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones, insomnio o hipersomnia, disminución o aumento del apetito, quejas somáticas persistentes y se pueden presentar pensamientos suicidas o intentos de suicidio (Peacock et al., 2017).

Existen criterios diagnósticos presentados en el DSM (manual de diagnóstico y estadística de enfermedades mentales, DSM, por sus siglas en inglés, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría); y CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión, publicada por la Organización Mundial de la Salud) que ayudan a realizar el diagnóstico de depresión y a su clasificación.

El DSM en su quinta versión, define un episodio depresivo mayor como un período de al menos 2 semanas durante el que se vivencia un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planeación o intentos suicidas. Estos síntomas se acompañan de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (American Psychiatric Association, 2013).

La depresión tiene múltiples explicaciones etiológicas. Algunas se exponen desde abordajes meramente psicológicos, otros sociales y otros biológicos. Así, de una manera reduccionista, se podría decir que van desde el desarrollo de la teoría cognitiva hasta la disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHA), la

teoría de la inflamación, la neurodegenerativa y de la generación de estrés, entre otras (Wittenborn et al., 2016). Sin embargo, para comprender adecuadamente la depresión se deben utilizar modelos en donde se puedan integrar varias de estas propuestas etiológicas.

La brecha entre los estresores ambientales a los que un individuo está expuesto y sus recursos reguladores para manejar esos factores de estrés se ha usado como un modelo para explicar la depresión. Estos recursos reguladores pueden abarcar diversas dimensiones cognitivas (esquemas positivos), sociales (vínculos familiares cercanos) y materiales (alimentos, refugio, seguridad económica). Cuando los factores de estrés superan significativamente lo que un individuo puede manejar dados sus recursos regulatorios, los síntomas depresivos se manifiestan (Wittenborn et al., 2016).

5.2.2 Depresión y estrés

Posterior a un factor generador de estrés, se desencadenan una serie de procesos que tienen una marcada importancia en la génesis de la depresión. Dicho estrés es percibido por el sistema nervioso central y, de manera secundaria, se induce la secreción de hormona liberadora de corticotropina y vasopresina en el hipotálamo. Esta estimula la hormona adrenocorticotrópica en la hipófisis anterior y, a su vez, libera cortisol en la corteza suprarrenal. Cuando las concentraciones séricas de cortisol aumentan, los receptores de glucocorticoides (GR) se saturan. El exceso de cortisol, la reactividad al cortisol y la alteración de la función de los GR inhiben el sistema HHA y refuerzan la desregulación crónica del HHA, lo cual tiene consecuencias negativas para la salud física y mental del individuo. Se ha encontrado que en los pacientes deprimidos hay un aumento en los niveles de dichas hormonas hasta del 30% (Brites & Fernandes, 2015; Peacock et al., 2017; Stalder et al., 2017; Wittenborn et al., 2016)

Los períodos de estrés cortos y auto limitados suelen producir una elevación de cortisol, apenas fundamental para las respuestas que debe tener el organismo ante los factores estresantes. Pero el estrés crónico se comporta diferente y como se tratará de explicar, es lo que impulsa el establecimiento de la enfermedad (Peacock et al., 2017; Wittenborn et al., 2016).

El estrés crónico lleva a una desregulación del eje HHA con la movilización de hormonas como cortisol, hormona liberadora de corticotropina (CRH), y la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) las cuales, por diferentes rutas metabólicas, regulan la producción de norepinefrina, epinefrina, dopamina, histamina, β -feniletilamina y serotonina. Además, se ha observado que en los individuos que han sido sometidos a estrés crónico o que tienen depresión, la actividad de Catecol-O-metil-transferasa (COMT) a nivel suprarrenal se reduce significativamente, causando un aumento de catecolaminas (Peacock et al., 2017).

En el estrés crónico también se alteran los niveles de otras enzimas como la triptófano 2,3-dioxigenasa (TDO) e indolamina-pirrol-2,3-dioxigenasa (IDO). Estas enzimas son las encargadas de la oxidación del triptófano en la ruta metabólica de la quinurenina, de los cuales el ácido quinurénico (KYNA) y el ácido quinolínico son los principales productos. La actividad de estas enzimas es estimulada por corticosteroides y citoquinas como el interferón alfa, interferón gamma y el factor de necrosis tumoral.

Además, el estrés crónico aumenta la síntesis de serotonina periférica. Esta se une a receptores en vasos sanguíneos y el sistema nervioso periférico, con acción 5HT_{1A}, 5HT_{2B}, y 5HT₃, provocando síntomas que pueden incluir inquietud, náuseas, dolor abdominal, y ansiedad, todas quejas comunes tanto en depresión como en ansiedad.

Estos cambios en las concentraciones a nivel periférico de serotonina y de triptófano, llevan a una menor disponibilidad de serotonina a nivel del sistema nervioso central. También se ha encontrado una disminución de la actividad de la enzima N-acetilserotonin O-metiltransferasa (ASMT), responsable del metabolismo de los productos de serotonina produciendo melatonina y 5-metoxi-indoleacetato. La melatonina actúa como regulador del cortisol y al estar disminuida, los niveles de cortisol pueden aumentar (Peacock et al., 2017; Wittenborn et al., 2016)

El hipocampo, de forma especial entre las estructuras cerebrales, es sensible a la toxicidad del cortisol y a las citoquinas pro-inflamatorias. Esto se debe a su alta densidad de receptores de glucocorticoides y a la alta densidad de células de la microglía, especialmente en la región del cuerno de Amón 1 (CA1). Se ha observado que la activación microglial en el hipocampo es originada por el estrés, por lo cual se plantea la relación directa del estrés en la fisiopatología del trastorno depresivo mayor. (Brites & Fernandes, 2015; Wittenborn et al., 2016)

Los altos niveles de cortisol actúan suprimiendo la neurogénesis y promoviendo la muerte neuronal, lo que conduce a la atrofia del hipocampo. La reducción del volumen de esta región tiene un impacto negativo relevante sobre el aprendizaje y la memoria, especialmente en relación con la formación de memoria explícita, lo que conduce a déficit de memoria y deterioro del rendimiento cognitivo. La disminución del potencial cognitivo conlleva a dificultades en las relaciones personales y a un menor poder adquisitivo, produciendo un estrés adicional, aumentando el cortisol y la respuesta inmune que van a llevar a una reducción mayor del volumen del hipocampo (Brites & Fernandes, 2015; Wittenborn et al., 2016).

Las monoaminas también juegan un papel importante en la regulación emocional. La deficiencia de serotonina reduce la capacidad reguladora del cerebro al no modular adecuadamente la respuesta de la amígdala a los estímulos negativos, lo que conduce a una respuesta emocional sostenida frente al estrés, jugando un

papel clave en el refuerzo de los procesos cognitivos y emocionales negativos (Wittenborn et al., 2016).

5.2.3 Depresión y conflicto armado

Algunas personas tienen respuestas mal-adaptativas ante el estrés, algunos por presentar predisposición genética (McIlwrick et al., 2016). Sin embargo, cantidades masivas de estrés pueden ocasionar respuestas mal-adaptativas generadas por la vivencia de hechos traumáticos en la infancia, adolescencia o adultez como presenciar el fallecimiento de un familiar por violencia (especialmente, padre - hijo - madre), presenciar un enfrentamiento armado con desmembramientos y sevicia en las lesiones entre los actores del conflicto (Gamboa, 2016; Morcillo-Méndez & Campos, 2012), situaciones frecuentes en el contexto de guerra y en particular, en zonas alejadas de los centros municipales de presencia estatal.

El conflicto armado se ha configurado como un fenómeno modificador de la cultura colombiana. De alguna manera, ha hecho que la población asuma una resignación paulatina a vivir el enfrentamiento, ocasionando sincretismos y epifenómenos llenos de ideologías violentas y de renuncia ante las condiciones deplorables de convivencia (Cárdenas Santamaría, 2016; Gallego, 2004). En la idiosincrasia colombiana, se justifican los actos violentos como inevitables y se fomenta al victimario (Gamboa, 2016).

Entre las consecuencias de los acontecimientos de guerra, el impacto sobre la salud mental de la población civil es uno de los más significativos. Los estudios en esta población muestran un incremento en la incidencia y la prevalencia de trastornos mentales (Murthy & Lakshminarayana, 2006).

Desde la Primera Guerra Mundial se ha observado que los daños psicológicos se presentaron más que los daños físicos, superándolos en una proporción de 2:1; y en la Segunda Guerra Mundial el 33% de todas las bajas médicas tuvieron origen en alguna alteración psiquiátrica. Estos hallazgos también se han observado en la población civil afectada por la guerra (Roberts & Browne, 2011).

En Azerbaiyán se realizó un estudio en los residentes expuestos a violencia política, aplicando la escala de Hamilton para depresión y ansiedad. Los datos encontrados mostraron que hasta pasado un año y medio de la exposición, los síntomas persistían. En este estudio hubo una asociación entre los síntomas depresivos y la exposición a la violencia; sin embargo, la persistencia y cronicidad de los mismos después de la exposición pudo estar relacionada con otras situaciones: la pérdida de familiares y amigos, la pérdida de su residencia y pertenencias, y la pérdida de la cohesión comunitaria (Goenjian et al., 2000).

Se ha observado que en poblaciones de países de bajos ingresos que se encuentran en el posconflicto, específicamente en Argelia, Camboya, Etiopía y Palestina, donde se evaluaron 3048 personas utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI - *Composite international diagnostic interview*) versión 2.1, enfocándose en los trastornos de ánimo, trastornos somatomorfos, trastorno de estrés postraumático y trastornos de ansiedad. Lo más prevalente fue el trastorno de estrés postraumático (De Jong, Komproe, & Van Ommeren, 2003).

En una revisión sistemática de la literatura donde se revisaron 161 artículos y que incluyó 81.866 a refugiados y personas afectadas por conflictos de 40 países, se encontró que las tasas de trastorno de estrés postraumático y depresión reportadas mostraban gran variabilidad entre los estudios (0% - 99% y 3% - 85,5%, respectivamente). Factores metodológicos (tamaño y diseño de la muestra, método de diagnóstico) y factores poblacionales (sociodemográficos, lugar del

estudio, tortura, puntuación de la escala de terror político, estado de residencia, tiempo transcurrido desde el inicio del conflicto) explicaban esta gran variabilidad y heterogeneidad. (Steel et al., 2009).

En contextos socio-geográficos afectados por la violencia, se ha observado las variaciones en la psicopatología tanto como detrimento en la salud mental comunitaria. Los estudios han mostrado evidencia sobre los factores de riesgo asociados, como la exposición a eventos violentos y traumáticos, el desplazamiento forzado, la separación de familias y comunidades y la privación de bienes y servicios básicos (Mollica et al., 2004; Roberts & Browne, 2011).

Partiendo de estos hallazgos, se han realizado otros estudios para determinar los factores que influyen en la salud psicológica general de las poblaciones afectadas por conflictos en los países de ingresos bajos y medianos. Se realizó una revisión sistemática en la que se incluyeron 15 estudios, encontrando que los factores que se asociaron con mayor presencia de alteraciones en la salud mental fueron factores demográficos de género (mujeres), edad avanzada y no estar casados; factores socioeconómicos, tales como bajo nivel educativo, bajos ingresos y activos, desempleo, situación residencial (desplazado, refugiado, etc.), condiciones de vida e inseguridad; y el número de acontecimientos violentos y traumáticos, incluyendo desplazamiento forzado, particularmente desplazamiento interno. (Roberts & Browne, 2011).

Un estudio se propuso evaluar las consecuencias a largo plazo de la guerra en la salud mental, tanto en las personas que se quedaban en el área de conflicto como en los refugiados. Ocho años después de la guerra en la antigua Yugoslavia, evaluaron a 3.313 individuos en cinco países balcánicos y 854 refugiados en tres países de Europa Occidental. Los síntomas psicológicos generales se evaluaron mediante la “*Brief Symptom Inventory*” y los síntomas de estrés postraumático

mediante el “*Impact of Event Scale-Revised*”, siendo la ideación paranoide y la ansiedad los síntomas psicológicos más prominentes en las dos muestras. Los factores que se asociaron a mayor severidad de los síntomas psicológicos fueron género femenino, edad avanzada y experiencias traumáticas antes de la guerra. (Priebe et al., 2013).

En el Norte de Uganda se realizó un estudio siete años después de que el conflicto terminase. La prevalencia de trastorno depresivo mayor fue del 24,7% (IC 95%: 22,9% - 26,4%). Los factores de riesgo para trastorno depresivo mayor reportados por dominios fueron factores sociodemográficos (género femenino, edad avanzada, ser viudo, estar separado/divorciado); factores de vulnerabilidad psicosocial (ser VIH positivo, bajo apoyo social, mayores traumatismos de guerra experimentados previamente, puntajes de estrés asociado a traumas de guerra experimentados previamente, antecedente psiquiátrico personal, antecedentes familiares de enfermedad mental, estilos negativos de afrontamiento, intentos de suicidio a lo largo de la vida, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de dependencia de alcohol) y estresores psicosociales (insuficiencia alimentaria, aumento de las puntuaciones negativas en los eventos de vida, aumento de las puntuaciones de estrés) (Mugisha, Muyinda, Malamba, & Kinyanda, 2015).

En el Sur de Líbano, tras un año de terminar el conflicto, se llevó a cabo un estudio que pretendía describir la comorbilidad de trastorno de estrés postraumático y depresión. De los 991 sujetos participantes, el 23,4% cumplieron los criterios del estudio para trastorno de estrés postraumático y/o depresión. Se encontró que la prevalencia de comorbilidad con trastorno de estrés postraumático y depresión (9%) fue mayor que la del trastorno de estrés postraumático (8,8%) o la de depresión (5,6%) por si solas. Los predictores más significativos para comorbilidad fueron: sexo femenino, problemas de salud, eventos vitales, ser testigo de eventos traumáticos, desempleo, bajo nivel educativo y pobre soporte

social. Asimismo, se reportó que la depresión no estaba asociada con la exposición a trauma, sino que se asoció con factores psicosociales como el desempleo, los problemas de salud y eventos vitales (Farhood, Fares, Sabbagh, & Hamady, 2016).

En Colombia aún no se cuenta con estudios que describan la depresión en contexto de posconflicto, dado que el país apenas se encuentra en la transición entre el establecimiento de la normatividad legislativa y ejecutiva derivada de la firma de los acuerdos y el posconflicto. A pesar de ello, se han dado algunas aproximaciones que exploran la asociación de psicopatología y conflicto armado.

En un estudio realizado en el Departamento del Tolima, que incluyó una muestra de 2.411 personas, se identificó que el diagnóstico más frecuente fue "otros trastornos de ansiedad" con un 32,3%. Este tipo de diagnóstico incluyó todos los trastornos de ansiedad no clasificados como trastorno de estrés postraumático o trastorno de estrés agudo. En segundo lugar se halló el diagnóstico de depresión (18,2%) (Sanchez-Padilla, Casas, Moro, Grais, & Hustache, 2009).

En 2017 un estudio ecológico encontró que las tasas de trastorno de estrés postraumático eran 5,2 veces más altas (14,5 casos vs 73,8 casos por 100 mil habitantes) en municipios colombianos donde había mayor número de desplazamientos forzados, en comparación con los aquellos donde este fenómeno era menos frecuente (Lagos-Gallego, Gutierrez-Segura, Lagos-Grisales, & Rodriguez-Morales, 2017).

En los departamentos de Nariño, Cauca, Putumayo y Caquetá, también se realizó un estudio donde se evaluaron 6.353 personas que habitaban en zonas activas de conflicto, que consultaron a los servicios de salud mental. Los autores en su análisis encontraron que los factores se podían dividir en 3 grupos, denominados:

"violencia directamente relacionada con el conflicto", "violencia personal no directamente relacionada con el conflicto" y "dificultades generales". Los síntomas relacionados con la depresión y los síntomas de riesgo de suicidio (p. Ej. "ánimo triste" "ideación/intentos suicidas") eran frecuentes en todos los grupos. No obstante, los síntomas relacionados con la ansiedad (por ejemplo, "miedo, sentimiento de amenaza" y "síntomas ansiosos") estaban más relacionados con la "violencia directamente relacionada con el conflicto", mientras que los síntomas relacionados con la impulsividad (por ejemplo, "Agresividad" y "abuso de alcohol/sustancias") estaban más relacionados con "violencia personal no directamente relacionada con el conflicto" (Bell, Méndez, Martínez, Palma, & Bosch, 2012).

En el Eje Cafetero Colombiano se llevó a cabo una investigación que determinó la prevalencia de depresión en dos poblaciones de Caldas, una población expuesta directamente al conflicto armado (Corregimiento San Félix – Caldas) y otra no expuesta directamente al conflicto armado (San José – Caldas). Usando como instrumento de evaluación la escala de Zung, indicaron una prevalencia de depresión en San Félix del 29,87 % y en San José del 23,2 %, sin diferencias estadísticamente significativas (Franco, 2004).

En una revisión sistemática con el fin de determinar la prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento forzado en Colombia durante dos décadas (1994-2013), se incluyeron 13 estudios en los cuales la prevalencia de síntomas se observó en el 9,9-63% de la población; la misma que mostró un porcentaje de posibles casos, en un 21-97,3%, y de trastornos mentales, en un 1,5-32,9%. (Campo-Arias, Oviedo, & Herazo, 2014).

Estas aproximaciones realizadas a nivel local muestran lo perentorio de comprender el fenómeno desde la perspectiva de la salud mental. Su comprensión y elaboración desde múltiples disciplinas puede derivar en mejoras en la atención en salud, conformación de frentes que velen por la mejora social de los afectados, desarrollo de políticas públicas que apelen a la recuperación comunitaria y a la construcción de la paz estable y duradera.

6 METODOLOGIA

6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, de tipo descriptivo de corte transversal.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

6.2.1 Población

La población objeto de este estudio fueron los habitantes de la zona urbana del corregimiento de San Félix, municipio de Salamina, Caldas.

La componen 689 habitantes con edades entre 18 y 65 años de la cabecera del corregimiento de San Félix, municipio de Salamina (Caldas), de acuerdo con datos de la oficina de planeación municipal y según proyecciones de población para el año 2018 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

6.2.2 Muestra

Ecuación matemática:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2}^2) * p * q}{e^2 + (Z_{\alpha/2}^2) * p * q / N}$$

1 - α : Nivel de confianza = 0.95 \rightarrow 95%.

α : Nivel de significación o probabilidad de error debido al azar = 0.5 \rightarrow 5 %.

$Z_{\alpha/2}$: Es una constante de una normal tipificada = 1.96

p = 0,299; proporción de habitantes con síntomas depresivos (Franco, 2004)

q = 1 - p

$N = 689$ Tamaño de la población.

$e = 0.05 \rightarrow 5\%$; Error máximo permisible.

n: Tamaño de la muestra

Con una confianza del 95%, una probabilidad de error de 5% y una prevalencia esperada de depresión en la población de 29%, la muestra seleccionada fue de 220 habitantes residentes de la cabecera del municipio de San Félix del departamento de Caldas, entre 18 y 65 años.

Se realizó numeración de las casas de la cabecera municipal para realizar un muestreo aleatorio entre las casas y seleccionar las que serían visitadas. En cada vivienda seleccionada, se pretendía incluir en el estudio a las personas que la habitaran y cumplieran los criterios de inclusión y exclusión para participar en el estudio. Según información de la E.S.E. Hospital Felipe Suárez el promedio de adultos por casa era de 4 personas, por lo que se calculó el número de casas a visitar.

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

6.3.1 Criterios de Inclusión

- Ser habitante de el corregimiento San Félix, Salamina (Caldas) con edad entre 18 a 65 años.
- Tener un tiempo residencia en el municipio mayor o igual a 15 años.
- Aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

6.3.2 Criterios de exclusión

- Ser miembro activo de la Fuerza Pública de Colombia.

- Ser desmovilizada de algún grupo armado.
- Estar bajo el efecto de sustancias psicoactivas, que impidan responder el cuestionario estructurado.
- Tener alguna limitación sensorial que no le permitan responder de forma autónoma a cada una de las preguntas del instrumento.
- Tener algún trastorno mental, con alteración psicológica o psiquiátrica de base.

6.4 VARIABLES

La lista de las variables incluidas y que se analizaron en este estudio, se encuentran especificadas en el siguiente cuadro.

Nombre	Naturaleza	Nivel de medición	Forma de interrelacionarse	Categoría / Unidad de medida
Edad	Cuantitativa - Discreta	De Razón	Independiente	En años cumplidos
Sexo	Cualitativa	Nominal	Independiente	Hombre Mujer
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Independiente	Abierta
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Independiente	0: Ninguno 1: Primario 2: Bachillerato 3: Técnica 4: Tecnología 5: Profesional 6: Posgrado
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Soltero 2: Casado 3: Divorciado 4: Viudo 5: Separado 6: Unión libre
¿Creencia religiosa?	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Si 2: No
Etnia	Cualitativa	Nominal	Independencia	1: Indígena 2: Mestizo 3: Blanco

				4: Negra
¿Afiliación a salud?	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Si 2: No
¿Consume licor?	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Diariamente 2: Ocasionalmente 3. No consume
¿Consume cigarrillos?	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Diariamente 2: Ocasionalmente 3. No consume
¿Consume sustancias psicoactivas?	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Diariamente 2: Ocasionalmente 3. No consume
Zung – SDS				
1. Me siento abatido y melancólico.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
2. En la mañana es cuando me siento mejor.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
5. Como igual que antes.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces

				3: Frecuentemente 4: Siempre
6.Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
7. Noto que estoy perdiendo peso.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
8.Tengo molestias de estreñimiento.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
10. Me canso, aunque no haga nada.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
11.Tengo la mente tan clara como antes.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba a hacer.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces

				3: Frecuentemente 4: Siempre
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
14. Tengo esperanza en el futuro.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
15. Estoy más irritable de lo usual.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
16. Me resulta fácil tomar decisiones.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
17. Siento que soy útil y necesario.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
18. Mi vida tiene bastante interés.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces

				3: Frecuentemente 4: Siempre
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: Muy pocas veces 2: Algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
Presencia de depresión con puntuación normalizada	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	0: Sin Depresión 1: Depresión leve. 2: Depresión moderada 3: Depresión grave

6.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se le informó a cada persona previamente seleccionada en el muestreo en qué consistiría el estudio, sus objetivos y los procedimientos a realizar durante la investigación, ello con el fin de lograr su aprobación y la participación en estudio mediante el diligenciamiento del consentimiento informado.

Una vez firmado, se procedió a aplicar la encuesta a cada uno, en presencia y guiada por el personal dedicado y entrenado para este oficio (instrumento de recolección de datos y test para valoración de síntomas depresivos). La información se verificó tanto en el campo como en evaluación posterior, constatando que se tuvieran completos todos los datos necesarios de manera correcta para el procesamiento de la información.

La tabulación de los formatos escritos se realizó en el programa Microsoft Excel 2016, utilizando casillas diseñadas de auto llenado para disminuir el riesgo de error por digitación. Una persona diferente a quien tabuló, previamente entrenada

para tal fin, realizó control de calidad a la base de datos, también con el fin de minimizar el error en la presentación de los datos para su análisis posterior

El análisis de la información se realizó en el programa IBM SPSS versión 20.0 para Windows. Las prevalencias se obtuvieron mediante tablas de frecuencia, para la relación de variables nominales se calculó el Xi cuadrado mediante tablas de contingencia y para la relación de variables cuantitativas con cualitativas se utilizó la t de Student. Se tomó como significativa una $p < 0.05$.

6.6 INSTRUMENTOS

El instrumento diseñado para la recolección de la información contiene el título, objetivo general y una sección que desglosa los datos sociodemográficos y otra sección correspondiente a la escala de Zung (Zung, 1965).

6.6.1 Escala de depresión de Zung: La Escala de Depresión de Zung (*Self-Rating Depression Scale*, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica (Zung, 1965). Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país y ha tenido una amplia difusión.

La escala de Zung para depresión consta de 20 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta. Cada ítem tiene un valor de 1 a 4 que cada persona califica según la percepción de severidad del síntoma, con lo que se obtiene una puntuación bruta de 20 a 80. Esta se convierte a una escala de 25 a 100 (SDS), que muestra una relación directa mas no continua ($r^2=1$)

Esta escala ha sido validada como método de tamización. Su sensibilidad varía entre el 89 y 93% y su especificidad entre 25 y 40% y no es influenciada por género, ingreso económico, estado marital ni nivel de educación (Campo-Arias, Díaz-Martínez, Rueda-Jaimes, & Barros-Bermúdez, 2005).

Es una escala que puede ser auto o hetero aplicada, conformada por 20 frases relacionadas con la depresión. Han sido formuladas en términos positivos y negativos, asignadas así por mitades. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente no cuantifica la intensidad sino la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala tipo Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo, para obtener finalmente un rango de puntuación entre 20 y 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

En nuestro medio se utilizan de forma indistinta ambos sistemas, el de puntuación normalizada y el de puntuación total, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte (Conde V, 1970). Se proponen los siguientes puntos de corte:

Diagnóstico	Índice EAD
No depresión	< 50
Depresión leve	50 - 59
Depresión moderada	60 – 69
Depresión grave	> 70

6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio fue considerado de riesgo mínimo de acuerdo a los niveles determinados en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. En caso tal de encontrar participantes con puntuación sugestiva de episodio depresivo en el estudio, se refirió mediante la asociación con la E.S.E. Hospital Felipe Suárez a consulta médica para iniciar proceso de atención.

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado para aceptar la participación en la investigación. Este proyecto cuenta con aprobación por parte del Comité de Ética de la Universidad Tecnológica de Pereira.

7 RESULTADOS

7.1 ASPECTOS GENERALES.

En el corregimiento de San Félix del departamento de Caldas-Colombia, se realizó un estudio descriptivo transversal donde se identificó la prevalencia de depresión en la población civil posterior a la firma de Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera. Se hizo un recorrido en el cual se numeraron las casas para realizar la distribución de los sujetos a evaluar. Según los datos obtenidos se calculó, con un promedio de 4 adultos por casa, un total de 55 casas que debían ser evaluadas. Este cálculo se realizó de manera aleatoria.

Se escogieron al azar 65 viviendas, para tener 10 de reserva en caso de que una vivienda no cumpliera con las características. Una vez recorridas estas viviendas, la muestra obtenida fue inferior a 100 individuos ya que habían menos de 4 adultos por casa o había viviendas deshabitadas, no cumplían criterios de inclusión-exclusión o se negaron a participar en el estudio. Este hecho llevó a que se realizase un recorrido puerta a puerta en el corregimiento, el cual abarcó la totalidad del área urbana del corregimiento, obteniendo una muestra con un total de 170 individuos. Al momento de tabular la información, en dos instrumentos faltaban datos por lo cual en la base de datos se ingresaron un total de 168 individuos de estudio.

7.2 CARACTERIZACIÓN DE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

El promedio de edad de los habitantes encuestados fue de $43,8 \pm 14,1$ años. Se halló que el 64,9% (n=109) fueron mujeres, el 48,8% terminaron la primaria y el

84,5% fueron de etnia mestiza, siendo el 15,5% restantes blancos. El estado civil más frecuente de los participantes en el estudio fue casado(a) con un 36,9%, seguido de soltero(a) y unión libre, con porcentajes de 27,4% y 25,6% respectivamente. El 93,4% de los encuestados tenían zona de residencia 1 y 2, se encontró que tan solo un habitante no estaba afiliado al sistema de salud. El 98,8% informaron practicar una religión. Ver tabla 1. Las ocupaciones más encontradas fueron ama de casa 53,6%, agricultor 12,5% y comerciante 4,8%.

Tabla 1. *Distribución absoluta y porcentual de las características sociodemográficas de los habitantes del municipio de San Félix, Caldas; 2018.*

Aspectos Sociodemográficos		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	I.C. 95%
Sexo	<i>Mujer</i>	109	64,90%	57,7 a 72,0
	<i>Hombre</i>	59	35,10%	28,0 a 42,3
Escolaridad	<i>Ninguna</i>	16	9,50%	5,4 a 14,3
	<i>Primaria</i>	82	48,80%	41,7 a 56,0
	<i>Bachiller</i>	53	31,50%	24,4 a 38,7
	<i>Técnica</i>	14	8,30%	4,2 a 13,1
	<i>Universitario</i>	3	1,80%	0,0 a 4,2
Estado civil	<i>Soltero(a)</i>	46	27,40%	20,2 a 35,1
	<i>Casado(a)</i>	62	36,90%	29,2 a 44,0
	<i>Divorciado(a)</i>	8	4,80%	1,8 a 7,7

	<i>Viudo(a)</i>	9	5,40%	2,4 a 8,9
	<i>Unión libre</i>	43	25,60%	19,0 a 32,7
Etnia	<i>Mestizo</i>	142	84,50%	79,2 a 89,9
	<i>Blanco</i>	26	15,50%	10,1 a 20,8
Zona de Residencia	<i>0</i>	10	6,00%	2,4 a 9,5
	<i>1</i>	124	73,80%	66,7 a 8,4
	<i>2</i>	33	19,60%	14,2 a 25,6
	<i>3</i>	1	0,60%	0,0 a 1,8
Religión	<i>Si</i>	166	98,80%	97,0 a 100,0
	<i>No</i>	2	1,20%	0,0 a 3,0
Afiliación en salud	<i>Ninguno</i>	1	0,60%	0,0 a 1,8
	<i>Subsidiado</i>	118	70,20%	63,7 a 77,4
	<i>Contributivo</i>	49	29,20%	22,0 a 35,7

Se exploraron los estilos de vida habitantes encuestados, encontrando que el 40,5% consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 9,5% de los habitantes manifestaron que actualmente fuman de manera ocasional o diaria. Ninguno de los encuestados manifestó consumir sustancias psicoactivas. Ver Tabla 2.

Tabla 2. Distribución absoluta y porcentual de los estilos de vida de los habitantes del municipio de San Félix, Caldas; 2018

Estilos de vida		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	I.C. 95%
¿Fuma?	<i>Diariamente</i>	5	3,00%	0,6 a 6,6
	<i>Ocasionalmente</i>	11	6,50%	3,6 a 11,3
	<i>No</i>	152	90,50%	85,7 a 94,6
¿Consume bebidas alcohólicas?	<i>Diariamente</i>	0	--	--
	<i>Ocasionalmente</i>	68	40,50%	32,7 a 48,8
	<i>No</i>	100	59,50%	51,2 a 67,3
¿Consume sustancias psicoactivas?	<i>Diariamente</i>	0	--	--
	<i>Ocasionalmente</i>	0	--	--
	<i>No</i>	168	100,00%	--

7.3 DESCRIPCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Se aplicó la escala de autoevaluación de Zung para depresión, la cual está conformada por 20 ítems enlistados en la tabla 3. Al evaluar la frecuencia de los síntomas presentados en la población estudio, independientemente del puntaje total de la escala, se encontró que los síntomas más significativos fueron dificultad para hacer las cosas que acostumbraba hacer (37,5%), alteración del deseo, el interés y el disfrute sexual (34,5%), dificultad para tomar decisiones (30,3%).

Tabla 3. Distribución absoluta y porcentual de los resultados obtenidos en cada ítem de la Escala de Zung en los habitantes del municipio de San Félix, Caldas; 2018.

Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Me siento abatido y melancólico.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	110	65,50%
	<i>Algunas veces</i>	40	23,80%
	<i>Muchas veces</i>	8	4,80%
	<i>Casi siempre</i>	10	6,00%
En la mañana es cuando me siento mejor.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	18	10,70%
	<i>Algunas veces</i>	16	9,50%
	<i>Muchas veces</i>	15	8,90%
	<i>Casi siempre</i>	119	70,80%
Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	99	58,90%
	<i>Algunas veces</i>	52	31,00%
	<i>Muchas veces</i>	6	3,60%
	<i>Casi siempre</i>	11	6,50%
Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	99	58,90%
	<i>Algunas veces</i>	37	22,00%
	<i>Muchas veces</i>	12	7,10%
	<i>Casi siempre</i>	20	11,90%
Como igual que antes.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	26	15,50%

	<i>Algunas veces</i>	10	6,00%
	<i>Muchas veces</i>	5	3,00%
	<i>Casi siempre</i>	127	75,60%
Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	35	20,80%
	<i>Algunas veces</i>	23	13,70%
	<i>Muchas veces</i>	14	8,30%
	<i>Casi siempre</i>	96	57,10%
Noto que estoy perdiendo peso.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	125	74,40%
	<i>Algunas veces</i>	21	12,50%
	<i>Muchas veces</i>	9	5,40%
	<i>Casi siempre</i>	13	7,70%
Tengo molestias de estreñimiento.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	140	83,30%
	<i>Algunas veces</i>	19	11,30%
	<i>Muchas veces</i>	5	3,00%
	<i>Casi siempre</i>	4	2,40%
El corazón me late más aprisa que de costumbre.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	36	81,00%
	<i>Algunas veces</i>	26	15,50%
	<i>Muchas veces</i>	5	3,00%
	<i>Casi siempre</i>	1	0,60%
Me canso, aunque no haga nada.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	115	68,50%
	<i>Algunas veces</i>	36	21,40%

	<i>Muchas veces</i>	9	5,40%
	<i>Casi siempre</i>	8	4,80%
Tengo la mente tan clara como antes.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	19	11,30%
	<i>Algunas veces</i>	27	16,10%
	<i>Muchas veces</i>	17	10,10%
	<i>Casi siempre</i>	105	62,50%
Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	27	16,10%
	<i>Algunas veces</i>	36	21,40%
	<i>Muchas veces</i>	15	8,90%
	<i>Casi siempre</i>	90	53,60%
Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	95	56,50%
	<i>Algunas veces</i>	41	24,40%
	<i>Muchas veces</i>	13	7,70%
	<i>Casi siempre</i>	19	11,30%
Tengo esperanza en el futuro.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	11	6,50%
	<i>Algunas veces</i>	18	10,70%
	<i>Muchas veces</i>	18	10,70%
	<i>Casi siempre</i>	121	72,00%
Estoy más irritable de lo usual.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	123	73,20%
	<i>Algunas veces</i>	30	17,90%
	<i>Muchas veces</i>	7	4,20%

	<i>Casi siempre</i>	8	4,80%
Me resulta fácil tomar decisiones.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	16	9,50%
	<i>Algunas veces</i>	35	20,80%
	<i>Muchas veces</i>	9	5,40%
	<i>Casi siempre</i>	108	64,30%
Siento que soy útil y necesario.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	4	2,40%
	<i>Algunas veces</i>	10	6,00%
	<i>Muchas veces</i>	10	6,00%
	<i>Casi siempre</i>	144	85,70%
Mi vida tiene bastante interés.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	6	3,60%
	<i>Algunas veces</i>	5	3,00%
	<i>Muchas veces</i>	8	4,80%
	<i>Casi siempre</i>	149	88,70%
Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	153	91,10%
	<i>Algunas veces</i>	11	6,50%
	<i>Muchas veces</i>	3	1,80%
	<i>Casi siempre</i>	1	0,60%
Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	21	12,50%
	<i>Algunas veces</i>	14	8,30%
	<i>Muchas veces</i>	17	10,10%
	<i>Casi siempre</i>	116	69,00%

Posterior a obtener la puntuación de la escala autoaplicada de Zung, se encontró que el 19,6% (I.C. 95%: 17,7% a 25,6%) de los habitantes encuestados presentaron síntomas depresivos (n=33), de los cuales el 48,4% (n=16) presentaron depresión leve, el 39,3% (n=13) depresión moderada y el 12,1% (n=4) depresión grave. Ver Tabla 4 y Figura 2.

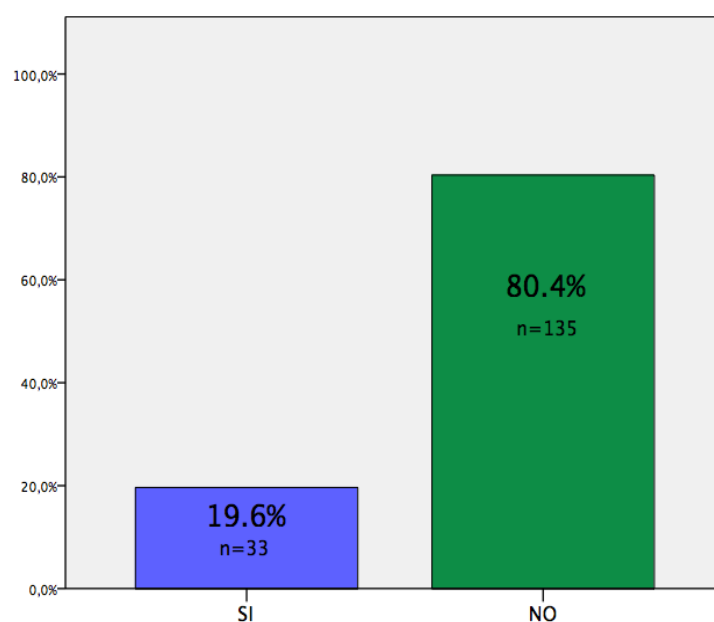


Figura 1. Distribución de la presencia de síntomas depresivos de los habitantes del municipio de San Félix, Caldas; 2018

Tabla 4. *Distribución absoluta y porcentual de la prevalencia de síntomas depresivos en los habitantes del municipio de San Félix, Caldas; 2018.*

Escala de síntomas depresivos de Zung		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	I.C. 95%
Síntomas de Depresión	<i>Sin Depresión</i>	135	80,40%	74,4 a 86,3
	<i>Depresión Leve</i>	16	9,50%	5,4 a 14,3
	<i>Depresión Moderada</i>	13	7,70%	4,2 a 11,9
	<i>Depresión Grave</i>	4	2,40%	0,6 a 4,8

7.4 PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos en mujeres (24,8%) respecto a los hombres (10,2%), con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,023$). Adicionalmente, el 81,8% de las personas en quienes se documentaron síntomas depresivos eran mujeres.

Los habitantes que no tenían pareja estable presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos (25,4%), sin diferencias estadísticamente significativas con respecto a los habitantes con pareja estable ($p>0,05$).

Se observó una mayor prevalencia de síntomas depresivos en los habitantes desempleados comparado con aquellos que tenían empleo (ya fuese formal o informal), sin diferencias estadísticamente significativas entre la ocupación y la presencia de síntomas depresivos ($p>0,05$).

Los habitantes sin educación superior presentaron menor prevalencia de síntomas depresivos (18,5%), sin diferencias estadísticamente significativas con los habitantes con educación superior ($p>0,05$).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la prevalencia de síntomas depresivos en el grupo étnico blanco frente al grupo étnico mestizo. Tampoco se encontraron diferencias entre los residentes del municipio con hábitos nocivos como el consumo de licor y el consumo de cigarrillo, frente a aquellos que no tienen estos hábitos. (ver tabla 5.)

Tabla 5. Aspectos sociodemográficos relacionados con la presencia de síntomas depresivos en los habitantes del municipio de San Félix, Caldas; 2018.

		Síntomas Depresivos		Valor p	RP (I.C. 95%)
		SI n (%)	NO n (%)		
Sexo	Mujer	27 (24,8%)	82 (75,2%)	0,023	2,43
	Hombre	6 (10,2%)	53 (89,8%)		(1,06; 5,56)
Grupo de Edad	≥ 40 años	18 (17,6%)	84 (82,4%)	0,418	0,77
	< 40 años	15 (27,7%)	51 (77,3%)		(0,42; 1,43)
Estado civil	Sin pareja	16 (25,4%)	47 (74,6%)	0,146	1,56
	Con pareja	17 (16,2%)	88 (83,8%)		(0,85; 2,87)
Ocupación	Desempleado	3 (33,3%)	6 (66,7%)	0,384*	1,74
	Empleado	30 (19,1%)	127 (80,9%)		(0,65; 4,64)
Escolaridad	Sin educ. superior	28 (18,5%)	123(81,5%)	0,333*	0,63
	Educación superior	5 (29,4%)	12 (70,6%)		(0,28; 1,41)
Etnia	Mestizo	30 (21,1%)	112 (78,9%)	0,258	1,83

	<i>Blanco</i>	3 (11,5%)	23 (88,5%)		(0,60; 5,56)
¿Práctica religión?	<i>No</i>	0 (0,0%)	2 (100,0%)	1,000*	1,24
	<i>Si</i>	33 (19,9%)	133 (80,1%)		(1,15; 1,34)
Fuma	<i>Si</i>	2 (12,5%)	14 (87,5%)	0,741*	0,61
	<i>No</i>	31 (20,4%)	121 (79,6%)		(0,16; 2,32)
Consume licor	<i>Si</i>	6 (10,5%)	51 (89,5%)	0,296	1,38
	<i>No</i>	27 (16,4%)	138 (83,6%)		(0,75; 2,54)
Afiliación en salud	<i>No</i>	0 (0,0%)	1 (100,0%)	1,000*	1,24
	<i>Si</i>	33 (19,8%)	134 (80,2%)		(1,15; 1,34)

7.5 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS QUE MEJOR EXPLICAN LA PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

Para evaluar el efecto de la presencia de síntomas depresivos respecto a algunos aspectos sociodemográficos de los habitantes del corregimiento de San Félix, se construyó un modelo lineal generalizado (GML) de regresión de Poisson con varianza de error robusta.

Las variables candidatas de acuerdo al criterio de Hosmer-Lemeshow ($p < 0,25$), y a criterios de plausibilidad, fueron: sexo, edad, escolaridad, etnia y estado civil. Estas variables se obtuvieron del análisis bivariado. Se realizó un modelo explicativo con el fin de evidenciar las variables que contribuyen con la presencia de síntomas depresivos.

Al evaluar la relación de estos factores sociodemográficos con respecto a la presencia de síntomas depresivos, se observó que el sexo es el único aspecto que influye sobre la presentación de depresión en la población. Por lo anterior, en las mujeres hay 3,3 veces el riesgo de encontrar síntomas de depresión comparado

con los hombres (I.C. 95%: 1,24 a 8,71), ajustado por las demás variables. Esto explicado por medio de los intervalos de confianza de la razón de prevalencia (RP) ajustados por el modelo multivariado.

Tabla 6. Modelo de regresión de Poisson (GLM) para la presencia de síntomas depresivos en los habitantes del municipio de San Félix, Caldas; 2018.

	Valor p Crudo	RP (I.C. 95%) Crudo	Valor p Ajustado	RP (I.C. 95%) Ajustado
Sexo (Mujer)	0,023	2,43 (1,06; 5,56)	0,029	0,34 (0,13; 0,89)
Edad	0,418	0,77 (0,42; 1,43)	0,619	0,81 (0,36; 1,81)
Escolaridad (sin educación superior)	0,333	0,63 (0,28; 1,41)	0,797	0,85 (0,25; 2,89)
Etnia (Blanco)	0,258	1,83 (0,60; 5,56)	0,329	0,52 (0,14; 1,90)
Situación sentimental (sin pareja estable)	0,146	1,56 (0,85; 2,87)	0,162	1,74 (0,79; 3,81)

RP: Razón de prevalencias IC: Intervalo de confianza

8 DISCUSIÓN

El presente trabajo evaluó la prevalencia de síntomas depresivos en la población de San Félix, corregimiento del municipio de Salamina, Caldas (Colombia) para el año 2018. Los resultados revelan una muestra compuesta principalmente por mujeres, adultas jóvenes, afiliadas al sistema de salud, con baja prevalencia de consumo de sustancias y alto porcentaje de ocupación. La prevalencia de depresión en la población fue de 19,6%, de los que la mayoría se clasifican como leves o moderados. Las mujeres fueron más afectadas por depresión, sin encontrarse otras variables que tuvieran asociación estadística en los análisis multivariados.

La posibilidad de comparar la prevalencia de síntomas depresivos en una misma población antes y después de un año y medio de la firma del acuerdo final para la terminación del conflicto entre el Gobierno Nacional de la República Colombia y las FARC- EP, gracias a una investigación realizada en 2004 esta misma población, es algo novedoso. Respecto a esto, se encontró una reducción de 10,27 puntos porcentuales al tomar como línea de base los resultados previos, donde se usó el mismo instrumento de recolección de información (Franco, 2004).

De forma similar, Barreto encontró en la población de San José (Caldas) una reducción en la prevalencia de depresión de 8,3 puntos porcentuales en el periodo de tiempo entre 2004 y 2017 (Barreto-Paza, 2017). La principal diferencia entre estas dos poblaciones es que San Félix estuvo expuesto de una forma más directa a la violencia generada por el conflicto FARC-EP y las fuerzas militares, mientras que San José sufría las consecuencias contextuales de la violencia en Colombia, sin padecer tomas u hostigamiento por parte de los grupos al margen de la ley.

Además de la importante reducción en la presencia de depresión (34,29% en San Félix y 35,77% en San José), la prevalencia de depresión encontrada en estas poblaciones posterior al fin del conflicto es baja respecto a los hallazgos en diferentes estudios a nivel mundial. En un metanálisis respecto a depresión post conflicto se encontró una prevalencia media de 30,8% (Steel et al., 2009). Otros estudios han encontrado prevalencia de depresión en situaciones de post conflicto de 67,7% en Afganistán (Cardozo et al., 2004), 24,7% en el Norte de Uganda (Mugisha et al., 2015) y 40,6% en Nepal (Kohrt et al., 2012).

Uno de los factores que podría explicar la baja prevalencia de depresión en San Félix y la reducción porcentual en entre 2004 y 2017 es el importante desescalonamiento del conflicto en dicha población. Para el año 2002, el municipio de Salamina (donde se encuentra San Félix) presentó 723 víctimas del conflicto registradas, mientras que en el 2015 presentó apenas 11 registros, 7 en 2016 y 1 en 2017 (Red Nacional de Información, 2018a). Un comportamiento similar se dio en el municipio de San José en el mismo periodo de tiempo, pasando de 63 víctimas en 2004 a 4 en 2017, hecho que se toma como factor explicativo para la reducción de depresión en esta población (Barreto-Paza, 2017).

Adicionalmente, hay factores que favorecen a la reducción de la prevalencia de depresión en esta población como el alto porcentaje de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tener pareja, el no consumir psicoactivos ilegales, presentar alto porcentaje de ocupación (considerando como personas con ocupación a las amas de casa), entre otros (Cabello et al., 2017; Jensen, Decker, & Andersen, 2006). Un fenómeno similar fue documentado en San José en el estudio mencionado (Barreto-Paza, 2017).

A pesar de ser un factor social fundamental que pudo haber influido en la menor prevalencia de depresión en la población, el acuerdo para la finalización del conflicto y la disminución progresiva en la cantidad de víctimas en la población no es el único determinante a considerar para analizar el cambio. En el periodo 2004

a 2018 se han dado mejoras de infraestructura y oportunidad de acceso a los servicios de salud y psiquiatría para esta población, estas mejoras pudieron implicar mejor oportunidad de atención especializada, y de esta forma haber contribuido a la disminución de prevalencia de síntomas depresivos encontrada.

Dentro del contexto nacional, los resultados de depresión obtenidos en San Félix son más de 4 veces los reportados para Colombia (5,4%) según la Encuesta Nacional de Salud Mental (Gómez-Restrepo et al., 2015). Esta diferencia puede ser explicada por los factores propios de la población estudiada como la exposición al conflicto armado, por la mayor prevalencia de trastornos afectivos (especialmente trastorno bipolar) en la región, por el instrumento que se utilizó para la valoración de la población que corresponde a una herramienta de tamización, o por la sobreposición de síntomas con otras enfermedades mentales como el trastorno de estrés post traumático, que podrían confundirse con los de depresión.

La mayor prevalencia de depresión en mujeres encontrada en este estudio concuerda con otras investigaciones realizadas en otros escenarios de post conflicto (Cardozo et al., 2004; Kessler, 2003; Mugisha et al., 2015), con el estudio realizado por Franco en las mismas poblaciones hace 14 años (Franco, 2004), el que se llevó a cabo en San José (Barreto-Paza, 2017) y la prevalencia de esta enfermedad descrita para el contexto mundial y nacional (American Psychiatric Association, 2013; Gómez-Restrepo et al., 2015).

A pesar de haber calculado una muestra para la población basada en la información demográfica disponible del corregimiento (proyección hallada en datos del DANE), al momento de realizar el trabajo de campo con los parámetros de número de habitantes por casa disponibles, no se alcanzó la población necesaria, por lo que se decidió hacer un estudio censal en la cabecera urbana visitando puerta a puerta todos los hogares e incluyendo en el estudio todas las personas que cumplieran los criterios de selección.

Algunas de las razones para explicar lo ocurrido son el fenómeno migratorio en la población, el menor número de habitantes por casa (se estimaba según datos suministrados que eran 4 adultos en promedio de cada vivienda), personas que no deseaban participar en el estudio y la rigidez del criterio de selección que implicaba llevar más de 15 años viviendo en este lugar.

Adicionalmente, en el estudio realizado previamente en esta población, no se tenía en cuenta el criterio de tiempo de residencia y se incluyeron participantes mayores de 15 años, por lo cual había menos filtros para obtener la muestra deseada (Franco, 2004). Tanto el estudio del año 2004 como el de Barreto contaron con información de censo de canalización de servicios de salud, lo que les permitió superar esta limitante (Barreto-Paza, 2017; Franco, 2004).

El instrumento seleccionado para este estudio corresponde a una herramienta que permite identificar presencia y frecuencia de síntomas depresivos, que pueden ser clínicamente significativos en la población (Zung, 1965). Aunque posee puntos de corte propuestos y validados en Colombia para hablar de depresión (Campo-Arias et al., 2005; Conde V, 1970), la aplicación de escalas no reemplaza la valoración llevada a cabo por un profesional mediante entrevista clínica para poder llegar a un diagnóstico individual.

9 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados del presente trabajo, se obtienen las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- La prevalencia de síntomas depresivos encontrada en este estudio para el corregimiento de San Félix, en el escenario del pos conflicto, es más alta que la reportada a nivel mundial en población general. Sin embargo, se evidencia una importante disminución, en comparación los resultados del estudio realizado en 2004 por Franco (Franco, 2004).
- Las mujeres son la sub población más afectada por depresión en esta locación. Esto concuerda con la literatura mundial disponible tanto para población general como para la que ha estado expuesta al conflicto.
- Existe poca información respecto a la prevalencia de trastornos del ánimo en población civil colombiana expuesta al conflicto armado, lo cual es una limitante para poder entender el comportamiento de este fenómeno e implementar medidas de manejo adecuadas.
- Se recomienda continuar procesos de seguimiento epidemiológico en estas poblaciones que permitan monitorear el comportamiento de los hallazgos descritos y aumentar la información disponible hasta el momento.
- Es necesario tener en cuenta otras enfermedades mentales que podrían darse en poblaciones post conflicto como el trastorno de estrés post traumático o los trastornos de ansiedad.
- Para posteriores valoraciones en esta población podrían incluirse instrumentos que valoren otros aspectos relacionados con la incidencia de

depresión como los inventarios de eventos vitales, medición de calidad de vida o índice de necesidades insatisfechas, con el fin de mejorar la capacidad explicativa de los hallazgos del estudio.

- Teniendo en cuenta los hallazgos de este estudio y el realizado por Barreto el año anterior (Barreto-Paza, 2017), se hace indispensable que las autoridades locales de salud tengan procesos de asesoramiento y sensibilización por parte de instituciones educativas y de atención especializada para diseñar e implementar modelos de atención para la población con enfermedad mental.
- Se sugiere realizar un proceso de identificación de la población del corregimiento, procurando identificar su número y necesidades en salud mental, especialmente respecto a depresión. Una vez se haga esto, se deberá involucrar a la comunidad, primero para informar y socializar sobre los resultados del presente estudio y posteriormente para identificar líderes dentro de la comunidad que puedan trabajar en conjunto con las autoridades locales. Esto permitirá realizar un proceso de prevención primaria apuntando a disminuir los factores de riesgo no asociados al conflicto, y realizar una pronta identificación de síntomas, derivando en una mejor atención y mejor calidad de salud mental en la comunidad.

10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, E. K., Doane, L. D., Zinbarg, R. E., Mineka, S., Craske, M. G., & Griffith, J. W. (2010). Prospective prediction of major depressive disorder from cortisol awakening responses in adolescence. *Psychoneuroendocrinology*, 35(6), 921-931.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Barreto-Paza, S. A. (2017). *Prevalencia de síntomas depresivos en el post-conflicto en una población de Caldas, 2017*. (Especialista en Psiquiatra), Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira.
- Bell, V., Méndez, F., Martínez, C., Palma, P. P., & Bosch, M. (2012). Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Conflict and Health*, 6(1), 10.
- Bolívar, B. G. (2008). Memoria y conflicto armado. *Katharsis*(6), 85-99.
- Brites, D., & Fernandes, A. (2015). Neuroinflammation and depression: microglia activation, extracellular microvesicles and microRNA dysregulation. *Frontiers in cellular neuroscience*, 9.
- Cabello, M., Miret, M., Caballero, F. F., Chatterji, S., Naidoo, N., Kowal, P., . . . Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The role of unhealthy lifestyles in the incidence and persistence of depression: a longitudinal general population study in four emerging countries. *Globalization and health*, 13(1), 18.
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L. A., Rueda-Jaimes, G. E., & Barros-Bermúdez, J. A. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1).
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177-185.
- Cárdenas Santamaría, J. A. (2016). *Construcción y representación literaria del conflicto armado en Colombia a través de las voces de los personajes en los ejércitos de Evelio Rosero y en el brazo del río de Marbel Sandoval*. Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá.
- Cardozo, B. L., Bilukha, O. O., Crawford, C. A. G., Shaikh, I., Wolfe, M. I., Gerber, M. L., & Anderson, M. (2004). Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *Jama*, 292(5), 575-584.

- Collins, P. Y., & Saxena, S. (2016). Action on mental health needs global cooperation: as threats to populations transcend national boundaries, it is crucial that responses to mental-health problems do too. *Nature*, 532(7597), 25-28.
- Conde V, E. J., Izquierdo J. (1970). Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Arch Neurobiol*, 33, 185 - 206.
- De Jong, J. T., Komproe, I. H., & Van Ommeren, M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. *The Lancet*, 361(9375), 2128-2130.
- Farhood, L. F., Fares, S., Sabbagh, R., & Hamady, C. (2016). PTSD and depression construct: prevalence and predictors of co-occurrence in a South Lebanese civilian sample. *European journal of psychotraumatology*, 7(1), 31509.
- Franco, J. (2004). *Asociación entre la exposición al conflicto armado colombiano y depresión en dos municipios de Caldas, 2004*. (Especialista en Psiquiatría), Universidad de Caldas, Manizales.
- Gallego, F. E. (2004). *Las metáforas de una guerra perpetua: estudios sobre pragmática del discurso en el conflicto armado colombiano*: Universidad Eafit.
- Gamboa, A. F. (2016). Fronteras simbólicas entre expertos y víctimas de la guerra en Colombia. *Antípoda*(24), 35-53.
- Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Fairbanks, L. A., Tashjian, M., & Pynoos, R. S. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 911-895.
- Gómez-Restrepo, C., Escudero, C., Matallana, D., González, L., & Rodriguez, V. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá: Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Buitrago, G., Guarnizo-Herreño, C. C., Garzón-Orjuela, N., Eslava-Schmalbach, J., . . . Rincón, C. J. (2016). Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 147-153.
- Harris, T., Borsanyi, S., Messari, S., Stanford, K., Brown, G., Cleary, S., . . . Herbert, J. (2000). Morning cortisol as a risk factor for subsequent major depressive disorder in adult women. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 505-510.
- Jensen, L. W., Decker, L., & Andersen, M. M. (2006). Depression and health-promoting lifestyles of persons with mental illnesses. *Issues in mental health nursing*, 27(6), 617-634.
- Jørgensen, T. S. H., Mårtensson, S., Ibfelt, E. H., Jørgensen, M. B., Wium-Andersen, I. K., Wium-Andersen, M. K., . . . Osler, M. (2016). Time trend in depression diagnoses among acute coronary syndrome patients and a reference population from 2001 to 2009 in Denmark. *Nordic journal of psychiatry*, 70(5), 335-341.
- Kendler, K. S. (2008). Explanatory models for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 165(6), 695-702.

- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of affective disorders*, 74(1), 5-13.
- Kohrt, B. A., Hruschka, D. J., Worthman, C. M., Kunz, R. D., Baldwin, J. L., Upadhaya, N., . . . Tol, W. A. (2012). Political violence and mental health in Nepal: prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 201(4), 268-275.
- Lagos-Gallego, M., Gutierrez-Segura, J. C., Lagos-Grisales, G. J., & Rodriguez-Morales, A. J. (2017). Post-traumatic stress disorder in internally displaced people of Colombia: An ecological study. *Travel medicine and infectious disease*, 16, 41-45.
- McIlwrick, S., Rechenberg, A., Matthes, M., Burgstaller, J., Schwarzbauer, T., Chen, A., & Touma, C. (2016). Genetic predisposition for high stress reactivity amplifies effects of early-life adversity. *Psychoneuroendocrinology*, 70, 85-97.
- Mollica, R. F., Cardozo, B. L., Osofsky, H. J., Raphael, B., Ager, A., & Salama, P. (2004). Mental health in complex emergencies. *The Lancet*, 364(9450), 2058-2067.
- Morcillo-Méndez, M. D., & Campos, I. Y. (2012). Dismemberment: cause of death in the Colombian armed conflict. *Torture*, 22(Suppl 1), 5-13.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858.
- Mugisha, J., Muyinda, H., Malamba, S., & Kinyanda, E. (2015). Major depressive disorder seven years after the conflict in northern Uganda: burden, risk factors and impact on outcomes (The Wayo-Nero Study). *BMC psychiatry*, 15(1), 48.
- Murthy, R. S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25.
- National Institute of Mental Health. (2009). Depresión. Retrieved Noviembre 30, 2017, from <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/index.shtml>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. Retrieved 30 de Noviembre, 2017, from <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
- Peacock, B. N., Scheiderer, D. J., & Kellermann, G. H. (2017). Biomolecular aspects of depression: A retrospective analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 168-180. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.11.002
- Priebe, S., Gavrilovic, J. J., Bremner, S., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., . . . Popovski, M. (2013). Psychological symptoms as long-term consequences of war experiences. *Psychopathology*, 46(1), 45-54.
- Red Nacional de Información. (2018a, Julio 1 de 2018). Personas afectadas por año. Retrieved Julio 21, 2018, from <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Vigencia>
- Red Nacional de Información. (2018b, Julio 1 de 2018). Reporte General. Retrieved Julio 21, 2018, from <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/General>

- Roberts, B., & Browne, J. (2011). A systematic review of factors influencing the psychological health of conflict-affected populations in low-and middle-income countries. *Global public health*, 6(8), 814-829.
- Rojas, A. Á., & Salinas, S. O. (2016). La dimensión internacional de conflicto armado en Colombia, injerencia de los Estados Unidos, contrainsurgencia y terrorismo de Estado. *Ciudad Paz-ando*, 8(2), 187-194.
- Sanchez-Padilla, E., Casas, G., Moro, M.-R., Grais, R. F., & Hustache, S. (2009). The Colombian conflict: a description of a mental health program in the Department of Tolima. *Conflict and Health*, 3(1), 13.
- Sánchez, F., & Chacón, M. (2006). Conflicto, Estado y descentralización: del progreso social a la disputa armada por el control local. *Nuestra guerra sin nombre: transformaciones del conflicto en Colombia*.
- Stalder, T., Steudte-Schmiedgen, S., Alexander, N., Klucken, T., Vater, A., Wichmann, S., . . . Miller, R. (2017). Stress-related and basic determinants of hair cortisol in humans: a meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 77, 261-274.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302(5), 537-549.
- Wiersma, J. E. (2015). Childhood adversity and depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(7), e906.
- Wittenborn, A. K., Rahmandad, H., Rick, J., & Hosseinichimeh, N. (2016). Depression as a systemic syndrome: mapping the feedback loops of major depressive disorder. *Psychological medicine*, 46, 551-562. doi: 10.1017/S0033291715002044
- Zhang, C., Wu, Z., Zhao, G., Wang, F., & Fang, Y. (2016). Identification of IL6 as a susceptibility gene for major depressive disorder. *Scientific Reports*, 6. doi: 10.1038/srep31264
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, 12(1), 63-70.

ANEXO 1: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

En este consentimiento informado usted declara por escrito su libre voluntad de participar en el estudio, luego de comprender en qué consiste la investigación, de **“PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN SAN FÉLIX (CALDAS) POSTERIOR A ESTABLECIMIENTO DEL ACUERDO PARA LA FINALIZACIÓN DEL CONFLICTO ARMADO”** adelantada por el Grupo de investigación del departamento de psiquiatría de la Universidad Tecnológica de Pereira en conjunto con la ESE Hospital Departamental Felipe Suárez de Salamina. Le solicitamos colaborar de la manera más honesta y completa posible.

Objetivo de la Investigación: Determinar la prevalencia de depresión en San Félix (caldas) posterior a la finalización del conflicto armado.

Justificación de la Investigación: Los trastornos del ánimo, y particularmente la depresión se han visto aumentados en poblaciones que se han expuesto a situaciones de conflicto armado. En el marco del post conflicto, se hace necesario conocer las condiciones de salud mental de estas poblaciones para poder diseñar estrategias de intervención que se ajusten a sus necesidades.

Procedimientos: Se realizará un estudio de prevalencia de síntomas depresivos mediante una escala validada por parte de personal entrenado a una muestra seleccionada aleatoriamente (por asar) de la población de San Félix que vive en el área urbana y que tiene entre 18 y 65 años.

Beneficios: Por medio de esta investigación se pretende mejorar la comprensión de la salud mental en la población de San Félix, posterior a la exposición de conflicto armado.

Factores y riesgos: Esta es una investigación de riesgo mínimo como lo declara la resolución 8430 de 1993, donde no hay intervención.

Garantía de respuesta a inquietudes: Los participantes recibirán respuesta a cualquier pregunta que les surja acerca de la investigación.

Garantía de libertad: La participación en el estudio es libre y voluntaria. Los participantes podrán retirarse de la investigación en el momento que lo deseen, sin ningún tipo de consecuencia.

Garantía de información: Los participantes recibirán toda información significativa que se vaya obteniendo durante el estudio.

Confidencialidad: Los nombres de las personas y toda información que sea proporcionada, serán tratados de manera privada y con estricta confidencialidad, éstos se consolidarán en una base de datos como parte del trabajo investigativo. Sólo se divulgará la información global de la investigación, en un informe en el cual se omitirán los nombres propios de las personas de las cuales se obtenga información.

Recursos económicos: En caso que existan gastos durante el desarrollo de la investigación, serán costeados con el presupuesto de la investigación.

A quien contactar: Por e-mail, a los investigadores responsables:

Dr. Cristian David Brito Carvajal 3108402230 y Dr. Jairo Franco Londoño 3206718285

Aspectos éticos: La presente investigación cuenta con aval del Comité de Bioética de la Universidad Tecnológica de Pereira, y cada participante tendrá copia del consentimiento informado de su participación en físico.

Además, el estudio se considera de riesgo mínimo (emplea procedimientos de rutina para la valoración psicológica de los participantes, sin inducir cambios en su comportamiento) de acuerdo a la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que da las normas para la investigación en este país.

Certifico que he leído la anterior información, que entiendo su contenido y que estoy de acuerdo en participar en la investigación. Se firma en la ciudad de _____ a los ____ días, del mes _____ del año 2018.

Nombre del informante

Firma del informante

Cédula:

Nombre del testigo 1

Firma del testigo 1

Cédula:

Nombre del testigo 2

Firma del testigo 2

Cédula:

ANEXO 3: APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA

Pereira, 21 de Mayo de 2018

Señor(a)
Investigador Principal

Referencia: proyecto "Prevalencia de depresión en San Félix (Caldas) posterior a la finalización del conflicto armado".

El Comité de Bioética de la Universidad Tecnológica de Pereira, ubicado en el edificio 1, oficina 1ª-404 en la carrera 27 #10-02 del barrio Los Álamos de Pereira, con teléfono (6) 3137114, en reunión ordinaria efectuada el día de hoy, según acta No. 53, punto 3.1, numera 3.1.1, ha aprobado el proyecto "*Prevalencia de depresión en San Félix (Caldas) posterior a la finalización del conflicto armado*", clasificado como investigación con RIESGO MINIMO. El CBE-UTP deja constancia de lo siguiente:

- Los autores del proyecto están calificados para ejecutarlo.
- El proyecto posee las condiciones bioéticas y científicas adecuadas y justifica la relación entre los riesgos y los beneficios predecibles para los participantes.
- El consentimiento informado escrito contiene la información requerida y los autores establecen claramente cómo entregarán la información a los participantes.
- El proceso de selección e inclusión de los participantes queda claramente establecido.
- Los autores están comprometidos en que cualquier cambio substancial en el proyecto original o la aparición de un evento adverso serio debe ser reportado al CBE-UTP, tan pronto como sea posible por el investigador principal, para las consideraciones y pronunciamientos pertinentes.

El CBE-UTP se acoge a las normas y estándares éticos, legales y jurídicos vigentes para la investigación en seres humanos (resolución 8430 de 1993, resolución 2378 de 2008 y Declaración de Helsinki). El CBE-UTP cuenta con 12 miembros activos y considera quórum a la presencia de la mitad más uno de sus miembros. Se anexa a esta notificación la lista de los asistentes a la reunión en la cual el proyecto fue aprobado, con las respectivas firmas.

Atentamente,



Carlos Alberto Isaza Mejía
Presidente Comité de Bioética
Universidad Tecnológica de Pereira

ANEXO 2: FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN

DATOS DEMOGRÁFICOS Y DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN			
Edad	Años		
Ocupación:			
Sexo	F	M	
Escolaridad	Ninguna	Primaria	Bachiller
	Técnico / Tecnológico	Universitario	Postgrado
Estrato Social	0	1	2
	3	4	
Seguridad Social	Subsidiado	Contributivo	
Estado civil	Soltero	Casado	Divorciado
	Viudo	Unión libre	
Grupo étnico	Indígena: __ Mestizo: __ Blanco: __ Negro: __		
¿Actualmente fuma?	Diariamente	Ocasionalmente	Nunca
¿Consume bebidas alcohólicas?	Diariamente	Ocasionalmente	Nunca
¿Consume sustancias psicoactivas?	Diariamente	Ocasionalmente	Nunca
¿Practica alguna religión?	Si		No

ANEXO 3: FORMATO DE VERIFICACIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN SAN FÉLIX (CALDAS) POSTERIOR A LA FINALIZACIÓN DEL CONFLICTO ARMADO						
Criterios de selección para participantes del estudio:						
CRITERIOS DE INCLUSIÓN					Si	No
Habitante de ambos sexos del corregimiento de San Félix (Salamina) en el departamento de Caldas.						
Edad entre 18 a 65 años.						
Con un tiempo residencia en el municipio mayor e igual a 15 años.						
Aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado						
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN					Si	No
Ser miembro activo de la Fuerza Pública de Colombia.						
Ser desmovilizado de algún grupo armado						
Persona bajo el efecto de sustancias psicoactivas, que impida responder el cuestionario estructurado.						
Persona con alguna limitación sensorial que no le permitan responder de forma autónoma a cada una de las preguntas del instrumento						
Persona con algún trastorno mental, con alteración psicológica o psiquiátrica de base.						

ANEXO 3: ESCALA DE ZUNG PARA DEPRESIÓN

ESCALA DE ZUNG PARA DEPRESIÓN				
	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me siento triste y decaído				
2. Por las mañanas me siento mejor				
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro				
4. Me cuesta mucho dormir por las noches				
5. Como igual que antes				
6. Aún tengo deseos sexuales				
7. Noto que estoy adelgazando				
8. Estoy estreñado				
9. El corazón late más rápido que antes				
10. Me canso sin motivo				
11. Mi mente está tan despejada como antes				
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo confianza en el futuro				
15. Estoy más irritable que antes				
16. Encuentro fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Encuentro agradable vivir				
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto				

20. Me gustan las mismas cosas que antes				
---	--	--	--	--